

Joanna Łatka¹, Anna Majda¹, Agnieszka Sołtys²

¹Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, *Collegium Medicum*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków

²NZOZ Diaverum, Kraków

Uwarunkowania akceptacji choroby przez chorych poddawanych hemodializie zewnątrzustrojowej

Determinants of acceptance of the illness by hemodialysis patients

STRESZCZENIE

Wstęp. Leczeni hemodializami chorzy na przewlekłą niewydolność nerek w życiu codziennym doświadczają wielu ograniczeń i wymagań ze strony choroby, która jest pod wieloma względami trudna do zaakceptowania.

Cel pracy. Celem badania było zdiagnozowanie wskaźnika akceptacji choroby i poznanie wpływu zmiennych socjodemograficznych, zmiennych specyficznych dla leczenia nerkozastępczego oraz stylu radzenia sobie ze stresem na stopień akceptacji choroby przez chorych na przewlekłą niewydolność nerek leczonych z zastosowaniem hemodializy.

Materiał i metody. W badaniu z wykorzystaniem metody sondażu diagnostycznego wzięło udział 100 pacjentów. Zastosowano Skalę Akceptacji Choroby autorstwa Felton, Revenson i Hinrichsen do oceny przystosowania się pacjenta do ograniczeń spowodowanych chorobą; Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych autorstwa Endler i Parker stosowaną do badania stylów radzenia sobie ze stresem oraz własny kwestionariusz ankiety, której pytania dotyczyły danych socjodemograficznych i wybranych aspektów przebiegu choroby i terapii.

Wyniki. Wskaźnik akceptacji choroby wśród badanych pacjentów hemodializowanych wyniósł 22,76 (SD = 5,33). Wykazano pozytywną zależność między poziomem akceptacji choroby a takimi zmiennymi, jak: płeć męska, wyższy poziom wykształcenia, pozytywna ocena sytuacji ekonomicznej, lepsze samopoczucie między dializami i krótsze ich całkowite trwanie oraz styl radzenia sobie chorych ze stresem skoncentrowany na zadaniu lub unikaniu.

Wnioski. W wyniku analizy danych z badania nasuwa się potrzeba zwrócenia uwagi na problem akceptacji choroby i uwzględnienie występowania u pacjentów hemodializowanych czynników, które różnicują w pozytywny lub negatywny sposób stopień akceptacji choroby na wszystkich etapach jej trwania.

Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21 (3): 318–326

Słowa kluczowe: akceptacja choroby, przewlekła niewydolność nerek, hemodializa

ABSTRACT

Introduction. Treated hemodialysis patients with chronic renal failure in everyday life experience many of the restrictions and requirements on the part of the disease, which is, in many ways, difficult to accept.

Aim of the study. The aim of the study was to diagnose the illness acceptance rate and understanding the role of socio-demographic variables and variables specific to renal replacement therapy, and styles of coping with stress for the differentiation of the acceptance of the disease in patients with chronic renal failure undergoing hemodialysis.

Material and methods. In the study 100 patients participated. The Acceptance of Illness Scale and Questionnaire Coping with Stressful Situations were used as well as own questionnaire which contained questions related to socio-demographic data and certain aspects of the disease and treatment.

Results. Acceptance rate of the disease among the patients on hemodialysis was 22.76 (SD = 5.33). It has been shown a positive correlation between the level of acceptance of the disease and variables such as male gender, higher level of education, positive assessment of material situation, the feeling better between dialysis and its shorter total duration and also between coping style in patients with stress concentrated on the task or avoidance.

Adres do korespondencji: mgr Joanna Łatka, Pracownia Teorii i Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, *Collegium Medicum*, Uniwersytet Jagielloński, ul. Michałowskiego 12, 31–126 Kraków, tel.: 665 075 123, e-mail: joanna.latka@uj.edu.pl

Conclusions. The analysis of data from the study suggests the need to take into account the problem of acceptance of the disease by hemodialysis patients and occurrence of factors that differentiate in a positive or negative way the degree of acceptance of the disease at all stages of its duration.

Nursing Topics 2013; 21 (3): 318–326

Key words: acceptance of illness, chronic renal failure, hemodialysis

Wstęp

Osoby chore na przewlekłą niewydolność nerek (CKD, chronic kidney disease) to pacjenci w różnym stopniu zaawansowania choroby. Wśród tych chorych grupę szczególną stanowią pacjenci ze schyłkową niewydolnością nerek poddawani leczeniu nerkozaścępczemu. Pacjenci hemodializowani mają za sobą różnie długo trwającą historię swojego zmagania się z chorobą przewlekłą, która jest naznaczona zmienionym i ograniczonym funkcjonowaniem chorego w sferze fizycznej, psychicznej, a także w życiu społecznym. Ich codzienne życie jest nacechowane frustracją wynikającą z ograniczenia aktywności i poczuciem zależności od innych [1, 2]. Tym, co niewątpliwie łączy pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek jest konieczność systematycznego poddawania się wielogodzinnym zabiegom hemodializy odbywającym się 3–4 razy w tygodniu. Dla tych pacjentów są to zabiegi warunkujące przeżycie, a bliższa lub dalsza perspektywa kategorięcznego lub w niektórych przypadkach względnego uwolnienia się od nich jest uzależniona kwalifikacją (lub jej brakiem) do wykonania przeszczepu nerki i koniecznością znalezienia odpowiedniego dawcy.

Na poszczególnych etapach zmagania się z postępującą chorobą przewlekłą pacjenci z CKD poddawani są terapii ukierunkowanej między innymi na spowolnienie postępów choroby, w cieniu której, w sferze psychicznej, przechodzą oni kolejne fazy zmagania się z chorobą — od odrzucenia, buntu i gniewu, przez układy i pertraktacje, załamanie i depresję — zmierzające w końcowym efekcie do najbardziej pożądanego fazy jaką jest akceptacja choroby [3]. Taylor opisuje trzy kategorie mechanizmów adaptacji do choroby. Są to: 1) poszukiwanie znaczenia i pozytywnego sensu wydarzeń, reinterpretacja oceny własnego życia i perspektywy aktualnych doświadczeń; 2) działania zmierzające do odzyskania kontroli nad sytuacją i osobistego na nią wpływu; 3) przywrócenie pozytywnej samooceny i poczucia własnej wartości [4]. Akceptacja choroby przewlekłej, często wymagającej dożywnotnej terapii, nie jest przejawem słabości czy też rezygnacji. Jest, wręcz przeciwnie, wyrazem siły osoby chorej, która mimo świadomości nieodwracalności skutków choroby jest pełna nadziei na warunkowaną leczeniem poprawę stanu zdrowia i jakości życia, i która przestaje walczyć z tym, na co

nie ma wpływu [5]. W sytuacji choroby przewlekłej, z psychologicznego punktu widzenia, nie każdy chory musi przejść wszystkie opisane etapy na drodze do akceptacji choroby. Nie każdemu też choremu udaje się w pełni chorobę zaakceptować. Uważa się, że stopień akceptacji choroby przewlekłej jest warunkowany dwiema grupami czynników. Pierwsza grupa czynników obejmuje specyfikę choroby, z jej stopniem zaawansowania, rodzajem i uciążliwością dolegliwości [6]. Do drugiej grupy zalicza się czynniki związane z osobą chorego, takie jak: wiek, płeć, wykształcenie, a także poziom inteligencji, sposób radzenia sobie ze stresem i cechy osobowości [6]. Optyzmizm, wytrwałość, determinacja, nadzieja i wiara w sukces, wskazywane są jako te cechy osobowości, które w znacznym stopniu zwiększają szanse chorego na adaptację do sytuacji choroby przewlekłej i akceptację tego stanu [7–9].

W zakresie czynników warunkujących akceptację choroby związanych z jej specyfiką, przewlekła niewydolność nerek wymagająca leczenia hemodializami, wyróżnia się na tle innych schorzeń przewlekłych, między innymi pod względem uciążliwości terapii. Z tej perspektywy szczególną rolę odgrywa znaczenie choroby dla chorego hemodializowanego i akceptacja przez niego tego stanu. Osoby chore akceptujące swoją chorobę w mniejszym stopniu doświadczają negatywnych emocji i dyskomfortu, a także zachowują poczucie własnej wartości [10].

Cel

Celem przeprowadzonego badania było zdiagnozowanie poziomu akceptacji choroby przez chorych hemodializowanych oraz zidentyfikowanie czynników różnicujących ten poziom. Poddano ocenie znaczenie takich czynników, jak: dane socjodemograficzne, czas leczenia nerkozaścępczego, kwalifikacja do przeszczepu nerki, samopoczucie pacjentów między sesjami dializacyjnymi oraz styl radzenia sobie pacjentów hemodializowanych ze stresem.

Materiał i metody

W badaniu prowadzonym od czerwca do sierpnia 2012 roku w stacji dializ Diaveru w Krakowie wzięło udział 100 pacjentów chorujących na przewlekłą niewydolność nerek, podawanych leczeniu nerkozaścępczemu. Dobór pacjentów był losowy. Kryterium

włączenia do badania była zgoda pacjenta. Z badania wykluczono pacjentów, którzy byli w stanie zdrowia uniemożliwiającym kontakt werbalny. Pacjenci po uprzednim instruktarzu wypełniali samodzielnie zastosowane w badaniu narzędzia badawcze w czasie trwania zabiegu hemodializy lub zabierali arkusze kwestionariusza ankiety do domu i oddawali wypełnione na następnej sesji hemodializy.

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety własnego autorstwa oraz Skali Akceptacji Choroby (AIS) i Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS). Pytania ankiety własnej dotyczyły danych socjodemograficznych i wybranych aspektów przebiegu choroby i terapii. Skala Akceptacji Choroby autorstwa Felton, Revenson i Hinrichsen w adaptacji Juczyńskiego służy do oceny przystosowania się pacjenta do ograniczeń spowodowanych chorobą. W wyniku badania skalą AIS otrzymywany jest wskaźnik akceptacji choroby, którego wartość mieści się w przedziale od 8 do 40 punktów. Niski wynik oznacza brak akceptacji i przystosowania się do choroby oraz silne poczucie dyskomfortu psychicznego. Wysoki wynik świadczy o akceptacji własnego stanu zdrowia. Biorąc pod uwagę przeciętne odchylenie od średniej wyników mierzone odchyleniem standardowym (SD), przyjęto 3 poziomy akceptacji choroby: 8–15 punktów — poziom niski, 16–28 punktów — poziom średni, 29–40 punktów — poziom wysoki [11]. Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) autorstwa Endler i Parker służy do badania stylów radzenia sobie ze stresem. W skład kwestionariusza wchodzi 3 skale diagnozujące styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ), styl skoncentrowany na emocjach (SSE) oraz styl skoncentrowany na unikaniu (SSU). Każda skala składa się z 16 pozycji, a osoby badane mogą uzyskać w każdej z nich 16–80 punktów [12].

Analizy zależności między zmiennymi dokonano przy użyciu testu niezależności t-Studenta (dla zmiennej nominalnej dychotomicznej oraz zmiennej ilościowej) oraz jednoczynnikowej analizy wariancji — dla zmiennej nominalnej oraz zmiennych ilościowych. Wykorzystano test F-Snedecora do zbadania rozkładu ilorazu dwóch zmiennych losowych. W przypadku badania korelacji między zmiennymi ilościowymi zastosowano test korelacji rang Spearmana. W analizie przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Obliczeń dokonano przy użyciu pakietu SPSS Statistics 17.0.

Wyniki

W badaniu wzięło udział 100 osób — 54% kobiet i 46% mężczyzn w wieku 22–79 lat. Średnia wieku wynosiła 58,72 lata (SD = 13,72). Wykształcenie podstawowe posiadało 4% badanych, zawodowe 31%.

Badani z wykształceniem średnim stanowili 45%, a 20% z nich posiadało wykształcenie wyższe.

Wskaźnik akceptacji choroby wśród pacjentów hemodializowanych

Wskaźnik akceptacji choroby wśród badanych pacjentów hemodializowanych wyniósł 22,76 (SD = 5,33), co plasowało go na poziomie średnim. W badanej grupie większość (66%) stanowili badani ze średnim poziomem akceptacji choroby. Niski poziom akceptacji choroby cechował 18% badanych, a wysoki dotyczył 16% osób badanych.

Wartości średnie dla poszczególnych stwierdzeń w skali AIS mieściły się w przedziale od 2,20 do 3,66 (średnia 2,85). Osoby badane miały najwięcej kłopotów z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę (średnia 2,20). W najmniejszym stopniu uważali, że ludzie przebywający w ich towarzystwie są zakłopotani z powodu ich choroby (średnia 3,66). Wyniki szczegółowe zawarto w tabeli 1.

AIS a zmienne socjodemograficzne

W badanej grupie wskaźnik akceptacji choroby w istotny sposób ($t = 5,37$; $p < 0,001$) wiązał się z płcią pacjentów hemodializowanych. Wyższy wskaźnik akceptacji choroby na poziomie 25,50 (SD 4,95) prezentowali mężczyźni. Wiek pacjentów nie wpływał statystycznie istotnie na wskaźnik akceptacji choroby. Wskaźnik akceptacji choroby w istotny sposób wiązał się natomiast z miejscem zamieszkania pacjentów. Osoby zamieszkujące miasta powyżej 50 tys. mieszkańców prezentowały wyższy wskaźnik akceptacji choroby niż mieszkańcy mniejszych miast oraz wsi. Zależność ta badana testem F-Snedecora była istotna statystycznie ($F = 3,32$; $p = 0,0403$). Wskaźnik akceptacji choroby w istotny sposób wiązał się z wykształceniem pacjentów, wraz ze wzrostem którego rósł również poziom akceptacji choroby. Zależność była wysoce istotna statystycznie ($F = 6,32$; $p = 0,0006$).

Wykazano istnienie zależności między wskaźnikiem akceptacji choroby a źródłem utrzymania osób badanych. Osoby pracujące zawodowo oraz utrzymywane przez bliską osobę prezentowały wyższy wskaźnik akceptacji choroby niż osoby pobierające emeryturę, rentę oraz rentę przyznaną na czas określony. Zależność była istotna statystycznie ($F = 2,61$; $p = 0,0403$) (tab. 2).

Wskaźnik akceptacji choroby był także w istotny sposób związany z oceną sytuacji materialnej dokonaną przez badanych. Osoby oceniające swoją sytuację materialną, jako „raczej dobrą”, posiadały wyższy wskaźnik akceptacji choroby niż osoby, których sytuacja materialna oceniana była, jako „raczej zła”. Zależność była wysoce istotna statystycznie $F = 9,06$; $p < 0,001$) (tab. 3).

Tabela 1. Wyniki statystyk opisowych dla poszczególnych stwierdzeń skali AIS**Table 1.** The results of descriptive statistics for each scale AIS statements

Wskaźnik akceptacji choroby — stwierdzenie	Średnia	SD	Min	Max
Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	2,20	1,10	1	5
Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być	2,35	1,28	1	5
Z powodu mojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	2,43	1,30	1	5
Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę	2,72	1,39	1	5
Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się pełnowartościowym człowiekiem	3,05	1,28	1	5
Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny	3,08	1,40	1	5
Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	3,27	1,50	1	5
Myślę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	3,66	1,20	1	5

Tabela 2. Akceptacja choroby a źródło utrzymania**Table 2.** Acceptance of illness and source of income

Źródło utrzymania	Wskaźnik akceptacji choroby						
	Średnia	N	SD	Min	Max	F	p
Praca zawodowa	27,00	6	5,48	22	32	2,61	0,0403
Emerytura	23,71	35	4,82	16	29		
Renta	21,34	44	5,73	14	37		
Renta czasowo określona	21,91	11	4,23	17	27		
Utrzymuje mnie bliska osoba	26,00	4	0,00	26	26		
Ogółem	22,76	100	5,33	14	37		

Wskaźnik akceptacji choroby a wybrane czynniki specyficzne dla leczenia nerkozastępczego w przewlekłej niewydolności nerek

Średni czas dializowania badanych pacjentów to 6,66 lat (SD = 5,14). Wskaźnik akceptacji choroby w istotny sposób wiązał się z czasem dializowania na poziomie istotności statystycznej $p = 0,0494$. Korelacja była odwrotnie proporcjonalna — im dłuższy czas dializowania tym niższy wskaźnik akceptacji choroby przez pacjentów (tab. 4).

Wśród pacjentów biorących udział w badaniu do przeszczepieniu nerki zakwalifikowanych było 27 osób (27%). Wskaźnik akceptacji choroby w istotny, a zarazem negatywny sposób wiązał się z zakwalifikowaniem pacjentów do zabiegu transplantacji nerki. Wyższy wskaźnik akceptacji choroby cechował osoby, które nie zostały zakwalifikowane do przeszczepu

nerki. Korelacja była wysoce istotna statystycznie ($t = -5,58$; $p < 0,001$) (tab. 5).

Dolegliwości w okresach między sesjami dializacyjnymi zdarzały się u 61% badanych często, przez 24% badanych były doświadczane rzadko, a brak dolegliwości między sesjami deklarowało 15% badanych. Wśród ankietowanych nie było osób, u których dolegliwości w czasie między sesjami dializacyjnymi pojawiałyby się stale. Głównymi dolegliwościami doskwierającymi chorym było osłabienie i poczucie zmęczenia. Objawów tych doświadczało 69% pacjentów biorących udział w badaniu. Zaburzenia snu dotyczyły 38% pacjentów, natomiast bolesne skurcze mięśni dokuczały 30% badanych. Brak apetytu odczuwało 19% badanych. Zaburzenia oddychania w czasie między sesjami dializacyjnymi pojawiły się u 11% ankietowanych,

Tabela 3. Akceptacja choroby a samoocena sytuacji materialnej badanych**Table 3.** Acceptance of illness and the financial situation

Samoocena sytuacji materialnej	Wskaźnik akceptacji choroby						
	Średnia	N	SD	Min	Max	F	p
Dobra	17,00	10	0,82	16	18		
Raczej dobra	24,67	57	5,43	14	37		
Raczej zła	21,13	30	4,28	15	28	9,06	< 0,001
Zła	22,00	3	0,00	22	22		
Ogółem	22,76	100	5,33	14	37		

Tabela 4. Akceptacja choroby a czas dializowania (w latach)**Table 4.** Acceptance of illness and dialysis duration (in years)

Korelacja Spearmana		Czas dializowania	Wskaźnik akceptacji choroby
Czas dializowania	Współczynnik korelacji	1,0000	-0,1970
	P		0,0494
	N	100	100
Poziom akceptacji choroby (AIS)	Współczynnik korelacji	-0,1970	1,0000
	P	0,0494	
	N	100	100

Tabela 5. Akceptacja choroby a kwalifikacja do przeszczepu nerki**Table 5.** Acceptance of illness and qualification for the renal transplantation

Zakwalifikowanie do przeszczepienia nerki	Wskaźnik akceptacji choroby						
	Średnia	N	SD	Min	Max	t	p
Tak	19,56	27	2,21	17	23		
Nie	23,95	73	5,66	14	37	-5,58	< 0,001
Ogółem	22,76	100	5,33	14	37		

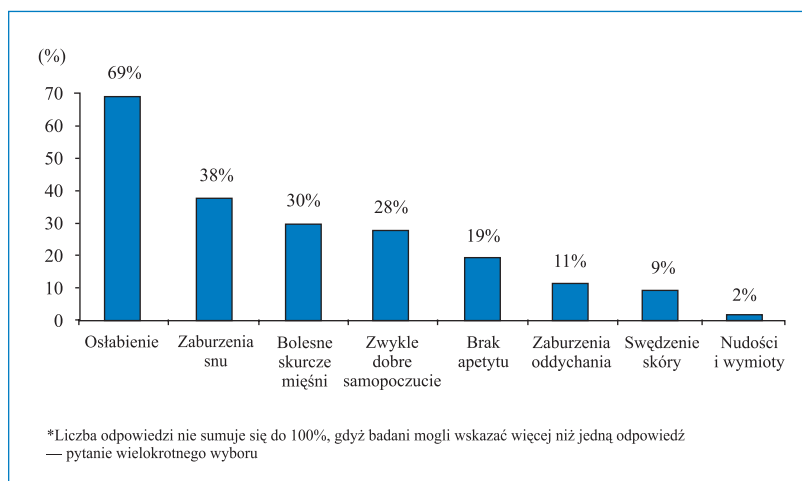
natomiast świad skóry odczuwało 9% osób badanych. Nudności i wymioty występowały w przypadku 2% respondentów (ryc. 1).

Na podstawie uzyskanych danych wykazano istnienie zależności między wskaźnikiem akceptacji choroby i samooceną pacjentów poddawanych zabiegom hemodializy pod względem samopoczucia w czasie między sesjami dializacyjnymi. Osoby, które zwykle czuły się dobrze, nie czuły osłabienia i zmęczenia, jak również nie występowały u nich nudności i wymioty prezentowały wyższy wskaźnik akceptacji choroby w porównaniu z pozostałymi pacjentami, którzy w okresach między sesjami dializacyjnymi doświadczali zarówno wyżej wy-

mienionych, jak i innych dolegliwości. Stwierdzone zależności były wysoce istotne statystycznie na poziomie $p = 0,0001$ i $p < 0,001$. Nie stwierdzono, aby inne elementy samopoczucia w czasie między sesjami dializacyjnymi w istotny sposób wiązały się ze wskaźnikiem akceptacji choroby (tab. 6).

Wskaźnik akceptacji choroby a style radzenia sobie ze stresem przez pacjentów hemodializowanych

Badani w większości prezentowali najbardziej pożądaną styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na zadaniu. W dalszej kolejności stosowany był styl unikowy. Najrzadziej stosowanym stylem radzenia sobie ze



Rycina 1. Samopoczucie między sesjami dializacyjnymi — samoocena badanych

Figure 1. Wellbeing between dialysis sessions — self-test

Tabela 6. Akceptacja choroby a samopoczucie badanych między sesjami dializacyjnymi

Table 6. Acceptance of illness and well-being of respondents between dialysis sessions

Samoocena samopoczucia w czasie między sesjami dializacyjnymi		Wskaźnik akceptacji choroby						
		Średnia	N	SD	Min	Max	t	p
Zwykle czuję się dobrze	Nie	21,53	72	4,79	14	30	-3,98	0,0001
	Tak	25,93	28	5,42	18	37		
Czuję osłabienie, zmęczenie	Nie	26,23	31	4,87	20	37	4,83	< 0,001
	Tak	21,20	69	4,79	14	30		
Dokuczają mi bolesne skurcze mięśni	Nie	22,84	70	5,63	14	37	0,24	0,8136
	Tak	22,57	30	4,64	15	29		
Mam zaburzenia snu	Nie	23,27	62	5,81	14	37	1,32	0,1897
	Tak	21,92	38	4,38	15	29		
Występują nudności i wymioty	Nie	22,86	98	5,34	14	37	9,01	< 0,001
	Tak	18,00	2	0,00	18	18		
Odczuwam brak apetytu	Nie	22,81	81	5,08	14	37	0,21	0,8330
	Tak	22,53	19	6,42	14	37		
Mam zaburzenia oddychania	Nie	22,82	89	5,29	14	37	0,32	0,7496
	Tak	22,27	11	5,88	15	29		
Odczuwam swędzenie skóry	Nie	22,78	91	5,28	14	37	0,12	0,9047
	Tak	22,56	9	6,13	17	29		
Ogółem		22,76	100	5,33	14	37		

stresem był styl skoncentrowany na emocjach (tab. 7).

W badaniu wykazano, że wskaźnik akceptacji choroby w istotny statystycznie sposób wiązał się z preferowanymi stylami radzenia sobie ze stresem w taki sposób, że wraz ze wzrostem wskaźnika akceptacji choroby rosły wyniki stylu zadaniowego oraz

unikowego, mały natomiast wyniki stylu skoncentrowanego na emocjach (tab. 8).

Dyskusja

W Polsce zwiększa się liczba osób chorych wymagających leczenia nerkozastępczego. Zwiększa

Tabela 7. Style radzenia sobie ze stresem chorych hemodializowanych**Table 7.** Styles of coping with stress hemodialysis patients

Styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na:	Zadaniu	Emocjach	Unikaniu
N	100	100	100
Średnia	52,53	39,32	44,91
SD	9,80	9,98	8,48
Min	25	20	28
Max	64	62	59

Tabela 8. Akceptacja choroby a style radzenia sobie ze stresem przez chorych hemodializowanych**Table 8.** Acceptance of illness and styles of coping with stress by hemodialysis patients

Korelacja Spearmana		AIS	SSZ	SSE	SSU
AIS	Współczynnik korelacji	1,000	0,5877	-0,3105	0,2334
	p		< 0,001	0,0017	0,0194
	N	100	100	100	100
SSZ	Współczynnik korelacji	0,5877	1,0000	-0,4449	0,2727
	p	< 0,001	.	< 0,001	0,0060
	N	100	100	100	100
SSE	Współczynnik korelacji	-0,3105	-0,4449	1,0000	0,3206
	p	0,0017	< 0,001		0,0011
	N	100	100	100	100
SSU	Współczynnik korelacji	0,2334	0,2727	0,3206	1,0000
	p	0,0194	0,0060	0,0011	.
	N	100	100	100	100

się więc liczba chorych z poważnym problemem zdrowotnym, którego pełna akceptacja przez osoby chore, jak wynika z przeprowadzonych badań, nie jest rzeczą prostą.

W omawianych badaniach stwierdzono, że chorzy poddawani długotrwałemu leczeniu nerkozastępczemu w postaci hemodializ akceptują swoją chorobę zaledwie na poziomie średnim (22,76). Jest to poziom korespondujący z wynikami badania poziomu akceptacji choroby przeprowadzonymi wśród chorych na inne choroby przewlekłe, takie jak cukrzyca — 23,33, choroba niedokrwienna serca — 23,50, astma oskrzelową — 25,56 uzyskanymi w badaniach Niedzielskiego. Chorzy z przewlekłą niewydolnością nerek długotrwale hemodializowani uzyskali w przytaczanych badaniach wynik akceptacji choroby również na poziomie średnim — 24,50 [10]. W badaniach poziomu akceptacji choroby przez chorych na cukrzycę typu 2 uzyskano wyniki również świadczące o średnim poziomie akceptacji choroby [13]. W badaniach przeprowadzonych wśród chorych

z chorobą Gravesa-Basedowa [14] uzyskano natomiast wskaźnik akceptacji choroby na nieco wyższym poziomie — 28,76 w porównaniu z przytoczonymi wyżej wynikami badań własnych. Podobieństwa wzajemne wyników uzyskanych w przytoczonych badaniach i ich zbieżność z wynikami badań własnych mogą wynikać z faktu, że trudniej jest przystosować się do choroby, która wymaga dużego zaangażowania własnego chorego i jest obciążająca pod względem uciążliwości dolegliwości, tak jak jest to w przypadku cukrzycy, astmy oskrzelowej, choroby niedokrwiennej serca, jak również przewlekłej niewydolności nerek wymagającej terapii hemodializami.

Z analizy składowych skali AIS wynika, że na średni poziom akceptacji choroby wśród badanych chorych hemodializowanych w głównej mierze złożyły się kłopoty z przystosowaniem do ograniczeń choroby, w dalszej kolejności decydowało o nim poczucie, że chorzy nigdy nie będą tak samowystarczalni jak chcieliby być oraz świadomość, że z powodu choroby nie są w stanie robić tego, co najbardziej

lubią. Frustracja potrzeby niezależności i ograniczenia narzucane przez chorobę stanowią zasadniczą przeszkodę na drodze do pełnej akceptacji choroby. Niekorzystnie na ten proces wpływa także wydłużający się czas leczenia nerkozastępczego. Średnia długość czasu dializowania chorych w omawianych badaniach wynosiła 6,66 lat. W badaniach własnych wykazano, że wraz z wydłużającym się czasem dializowania poziom akceptacji choroby obniża się. Podobny charakter zależności, a dokładniej czasu chorowania i poziomu akceptacji choroby, uzyskano w badaniach chorych na cukrzycę typu 2 [13]. O poziomie akceptacji przewlekłej niewydolności nerek i konieczności leczenia hemodializami decydowała także obecność towarzyszących im objawów i dolegliwości lub ich brak. Osoby, które zwykle czuły się dobrze w większym stopniu akceptowały chorobę w porównaniu z pacjentami, którym między sesjami dializacyjnymi doskwierały nudności i wymioty i które czuły się osłabione i zmęczone.

Interesującym i wymagającym pogłębionych badań faktem jest to, że lepiej akceptowały chorobę osoby niezakwalifikowane do przeszczepu nerki w porównaniu z osobami, które czekały na taki zabieg. Nasuwają się różne potencjalne przyczyny takiego stanu rzeczy. Można między innymi przypuszczać, że fakt kwalifikacji do przeszczepu nerki stanowi moment przełomowy w procesie adaptacji do choroby i czynnik wpływający na poziom akceptacji choroby w sposób pozytywny lub negatywny.

Do czynników niezwiązanych z chorobą, wpływających na jej akceptację należą między innymi: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania i sytuacja materialno-bytowa [6]. Testowanie powyższych aspektów w omawianym badaniu wykazało, podobnie jak w badaniu Niedzielskiego [10], że kobiety miały większe trudności z przystosowaniem się do choroby i jej akceptacją; wiek pacjentów nie wpływał istotnie statystycznie na wskaźnik akceptacji choroby; wraz ze wzrostem poziomu wykształcenia wzrastał u badanych poziom akceptacji choroby; zamieszkiwanie przez chorych hemodializowanych w większym mieście wiązało się z większą akceptacją choroby. Ponadto uzyskano wyniki wskazujące, że osoby oceniające swoją sytuację materialną, jako dobrą i pozostające na utrzymaniu bliskiej osoby miały lepsze wyniki w skali akceptacji choroby niż chorzy emeryci czy też renciści — zwłaszcza, jeśli renta była czasowym świadczeniem.

Chorzy różnią się od siebie pod względem zachowań wobec choroby. Do opisu tych różnic przydatne jest posługiwanie się kategorią stylu radzenia sobie ze stresem, w tym konkretnym przypadku — stresem choroby przewlekłej. W omawianym badaniu wykazano związek statystycznie istotny między wszystkimi stylami radzenia sobie ze stresem a akceptacją

choroby przez pacjentów hemodializowanych. Wyższy poziom akceptacji choroby charakteryzował pacjentów preferujących zadaniowy, a więc według Endlera i Parkera [12, 15] pozytywnie wiążący się z emocjonalnym przystosowaniem do sytuacji stresowej styl radzenia sobie ze stresem. Styl unikowy, choć rzadziej stosowany przez chorych hemodializowanych, również pozytywnie związany był z wyższym poziomem akceptacji choroby, w odróżnieniu od stylu skoncentrowanego na emocjach, wraz ze wzrostem którego malały wartości skali akceptacji choroby. W badaniach Kurowskiej i Lach stwierdzono zbieżny charakter zależności w odniesieniu do wszystkich analizowanych stylów radzenia sobie ze stresem stosowane w badanej przez autorki grupie pacjentów z cukrzycą typu 2 [13].

Wnioski

Na podstawie analizy wyników z przeprowadzonych badań można wysunąć następujące wnioski:

1. Badanych chorych z przewlekłą niewydolnością nerek poddawanych leczeniu hemodializami cechuje średni poziom akceptacji choroby (AIS = 22,76).
2. Istnieje pozytywna zależność między poziomem akceptacji choroby przez hemodializowanych pacjentów i takimi zmiennymi socjodemograficznymi, jak: płeć męska, wyższy poziom wykształcenia, zamieszkiwanie w dużym mieście, praca zawodowa lub utrzymywanie przez bliską osobę, pozytywna ocena sytuacji materialnej.
3. Stwierdzono pozytywny związek między poziomem akceptacji choroby i dobrym, w opinii badanych hemodializowanych pacjentów, samopoczuciem między sesjami dializacyjnymi oraz związek negatywny pomiędzy akceptacją choroby i długością okresu stosowania leczenia hemodializami oraz faktem kwalifikacji chorego do przeszczepienia nerki.
4. Akceptacja choroby wśród pacjentów hemodializowanych koreluje pozytywnie z zadaniowym i unikowym stylem radzenia sobie ze stresem oraz negatywnie ze stylem skoncentrowanym na emocjach.

Piśmiennictwo

1. Sęk H. Wprowadzenie do psychologii klinicznej. W: Sęk H. (red.). Psychologia zdrowia i choroby. Wyd. Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2005: 232–233.
2. Arenas M.D., Alvarez-Ude F., Angoso M. i wsp. Functional dependency evaluation of hemodialysis patients: a multicentric study. *Nef.* 2006; 26 (5): 600–608.
3. Zawadzka B. Czego boją się ludzie leczeni dializami? *Dializa i Ty.* 2002: 1–15.
4. Taylor S.E. Adjustment to Threatening Events. A Theory of Cognitive Adaptation. *Am. Psychol.* 1983; 11: 1161–1173.

5. Zawadzka B., Kuźniewski M., Sułowicz W. Charakterystyka chorych leczonych przewlekłymi dializami w ramach koncepcji adaptacji. Cz. I: Charakter adaptacji psychofizjologicznej pacjentów leczonych przewlekłymi dializami. *Nef. Dial. Pol.* 2005; 9: 32–35.
6. Motyka M. Psychoterapia elementarna w opiece ogólnomedycznej. Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
7. Delmar C., Boje T., Dylmar D. i wsp. Achiving harmony with oneself: life with chronic illness. *Scand. J. Caring Sci.* 2005; 19: 204–212.
8. Lewis K.S. Emotional adjustment to chronic illness. *Lippincotts Prim. Care Pract.* 1998; 2: 38–51.
9. Sullivan T., Weinert C., Cudney S. Menagement of chronic illness: voice of rural women. *J. Adv. Nurs.* 2003; 44: 566–574.
10. Niedzielski A., Humeniuk E., Błaziak P., Fedoruk D. Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych. *Wiad. Lek.* 2007; 5–6 (60): 224–227.
11. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji zdrowia. Pracownia testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
12. Strelau J., Jaworowska A., Wrześniewski K i wsp. Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS. Podręcznik. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2005.
13. Kurowska K., Lach B. Akceptacja choroby i sposoby radzenia sobie ze stresem u chorych na cukrzycę typu 2. *Diabet. Prakt.* 2011; 3 (12): 113–119.
14. Basińska M.A., Zalewska-Rydzkowska D., Wolańska P., Junik R. Dyspozycyjny optymizm a akceptacja choroby w grupie osób z chorobą Gravesa-Basedowa. *Endokrynol. Pol.* 2008; 1 (59): 23–28.
15. Endler N.S., Parker, D.A. Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *J. of Per. Soc. Psychol.* 1998; 58 (5): 844–854.